

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Clínica Médica

Aluno: ROSSANO MARCELLO PEREIRA GOMES

Número de Matrícula: 8215443 - 0

Coordenador: DR. FRANCISCO JOSÉ SALFER DO AMARAL

ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA:

ESTUDO PROSPECTIVO DE 866 EXAMES

Joinville (SC), 20 de Novembro
de 1987

S U M M A R Y

In 1987, in a four-months period have been made 866 upper gastrointestinal endoscopies in Joinville. Have been reported 3 major findings, corresponding to nearly 50% of all / pathological endoscopic findings like erosive gastritis, duodenal ulcer and hiatus hernia. The minority (2,4%) of the patients had undergone to barium examination first, having the endoscopy been used as the first diagnostic procedure to the upper gastrointestinal complaints. The endoscopic biopsy was taken in 6,58% of the patients, reaching an agreement on endoscopic findings in 87% of all the times whenever this datum was available.

0-0-0-0-0-0-0-0-0-0

R E S U M O

866 exames endoscópicos foram avaliados em Joinville num período de 4 meses. 3 diagnósticos representaram aproximadamente 50% de todos os obtidos: gastrite erosiva, ulcera duodenal e hérnia hiatal. Uma minoria (2,4%) dos pacientes realizou exame baritado preliminarmente, sendo a endoscopia usada / como o primeiro procedimento de investigação aos sintomas digestivos altos. A biópsia endoscópica foi recurso utilizado em / 6,58% dos pacientes, obtendo uma concordância com o achado endoscópico em 87% das vezes em que foi possível avaliar este da do.

o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

Í N D I C E

Introdução.....	5
Objetivos.....	6
Material e Métodos.....	7
Resultados.....	8
Discussão.....	19
Conclusões.....	25
Referências Bibliográficas.....	26
Anexo	

0-0-0-0-0-0-0-0

I N T R O D U Ç Ã O

A endoscopia atualmente é um método bastante acurado para o estudo de lesões esofagogastroduodenais. A maior vantagem do procedimento endoscópico é a oportunidade permitida de obter o diagnóstico histológico confirmatório pela amostragem tecidual direta e seletiva através de biópsia quanto o diagnóstico citológico através de técnica de escovado e lavado (10).

Antes da introdução do instrumento flexível de fibra óptica, o diagnóstico de lesões do trato gastrintestinal alto era essencialmente feito através do exame radiológico.

Hoje, em Joinville, se realiza preferivelmente a endoscopia à seriografia gastrointestinal, como primeiro procedimento de investigação aos sintomas digestivos altos, seguindo assim uma orientação mais moderna dentro da prática gastroenterológica.

Assim, este estudo de modo prospectivo está voltado para o resultado de 866 exames endoscópicos realizados num período de quatro meses no município de Joinville e nos dá uma boa perspectiva da distribuição de lesões no aparelho digestivo alto na região pela abrangência que toma.

o-o-o-o-o-o-o-o

O B J E T I V O S

- Levantamento de diagnósticos endoscópicos mais comuns no aparelho digestivo alto na região da drenagem para Joinville (norte de Santa Catarina) num período de quatro meses.
- Investigação da relação entre as indicações para o exame e o achado endoscópico.
- Definição de patologias mais comuns do aparelho digestivo alto diagnosticadas através de endoscopia em termos epidemiológicos: predominância de sexo, faixa etária, localização no órgão.
- Comparação entre o diagnóstico endoscópico e o diagnóstico do exame radiológico - quando realizado preliminarmente, e do exame histopatológico - quando julgado necessário e possível de ser realizado.

o-o-o-o-o-o-o

MATERIAL E MÉTODOS

Foram feitos estudos prospectivos de 866 exames de esofagogastroduodenoscopia realizados em Joinville (SC) em pacientes encaminhados da região norte do estado de Santa Catarina por diversos médicos (tanto pacientes externos quanto internados nos hospitais do município).

Os locais de realização dos exames foram: Hospital Municipal / São José, Hospital Regional de Joinville e Gastroclínica (clínica privada), no período de maio a agosto de 1.987. Dos 866 pacientes, 551 eram homens e 315 eram mulheres. Foram usados aparelhos do tipo Olympus GIF - P 10 para todos os exames realizados. Não foi administrada pré-medicação, somente orientação verbal e anestesia tópica. Antes da realização do exame os pacientes respondiam a uma ficha protocolar.

o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

R E S U L T A D O S

Foram realizados 866 exames endoscópicos, dos quais 551 (63,6%) em homens e 315 (36,4%) em mulheres. 851 (98,2%) pacientes eram brancos e apenas 15 (1,8%) eram negros. Aproximadamente a metade (52,8%) dos pacientes estava compreendida na faixa etária de 21 - 40 anos.

A tabela I mostra a distribuição dos pacientes de acordo com os diagnósticos endoscópicos mais comuns:

o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

TABELA I: Distribuição dos pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta de acordo com os diagnósticos endoscópicos mais comuns:

DIAGNÓSTICO	NÚMERO DE PACIENTES	%
Tumor de esôfago	4	0,35
Esofagite	70	6,11
Hérnia hiatal	128	11,17
Varizes do esôfago	8	0,69
Úlcera gástrica	77	6,72
Gastrite erosiva	152	13,27
Gastrite não-erosiva	66	5,76
Tumor gastrico	5	0,44
Úlcera de canal pilórico	27	2,36
Gastrite alcalina de boca anastomótica	8	0,69
Úlcera duodenal	143	12,48
Bulboduodenite erosiva	100	8,73
Bulboduodenite não-erosiva	46	4,02
Sem alterações patológicas	282	24,60
Outros (x)	30	2,61
T O T A L	1146	100,00

(x) incluídos entre outros diagnósticos: monilíase esofágica (1), corpo estranho esofágico (3), divertículo de esôfago (2), anel de Schatski (1), síndrome de Mallory-Weiss (2), dúvida diagnóstica no esôfago (2), úlcera de boca anastomótica (3), pólipos gástricos (3), lesões hipocrômicas no estômago (1), pólipos de boca anastomótica (1), gastrite erosiva de boca anastomótica (1), gastrites a esclarecer (3), lesões gástricas a esclarecer (3), compressão extrínseca do estômago (1), ascaris no bulbo duodenal (1), pólipos duodenais (1), tumorações duodenais (1).

Houve 1146 diagnósticos endoscópicos para 866 pacientes. Sendo 282 exames normais, houve 864 diagnósticos de patologia para 584 pacientes.

De acordo com a tabela, os diagnósticos endoscópicos mais comuns foram: exames normais - praticamente 1/4 dos resultados, gastrite erosiva, úlcera duodenal, hérnia hiatal - estes 3 diagnósticos representando juntos a metade de todos os diagnósticos feitos, bulboduodenite erosiva e úlcera gástrica.

A relação entre as indicações para o exame endoscópico e o diagnóstico visual é mostrada pelo quadro I.

QUADRO I

Quadro comparativo entre a indicação para o exame e o achado endoscópico em 766 pacientes.

	Tumor Esofago	Esofagite	Hérnia hiatal	Varizes Esofago	Úlcera Gástrica	Gastrite Erosiva	Gastrite nao-Erosiva	Tumor Gástrico	Úlcera Canal P.	Úlcera Duodenal	Bulbod. Erosiva	Bulbod. nao-Erosiva	Sem alter.	T O T A L	%
A	1				4			1	1	4	1	1	4	17	2,2
B	1	5		2	12	7	3			17	2	2	6	57	7,4
C			4											4	0,5
D					1	1				2			4	8	1,0
E	3		1					1					3	8	1,0
F		4	30		6	32	9		1	10	9	1	51	143	18,6
G	1	1	4			3				1			4	14	1,8
H	1	3	11		7	9	4			3	1	2	26	67	8,7
I	1	4	22	1	17	33	14		2	22	14	4	108	242	31,5
J		7	58	1	24	70	35	3	5	46	25	7	194	475	62,0
K			2		1	1				1			4	9	1,1
L	1	2	14	2	21	6	4	1	5	36	2		14	108	14,0
M	4	15	114	5	62	110	52	5	15	96	36	14	248	766	100,0

- A - Anormalidade no exame Radiológico
 B - Hematêmese - Melena
 C - Enteronagia
 D - Anemia
 E - Disfagia
 F - Pirose
 G - Odinofagia
 H - Vômitos
 I - Dispesia
 J - Epigastralgia
 K - Alcoolismo
 L - Exame de Controle
 M - Total dos pacientes com os itens preenchidos - 100 %

No quadro I cada paciente foi considerado para apenas 1 (um) de seus diagnósticos endoscópicos.

As indicações clínicas mais comuns, segundo o quadro I, foram epigastralgia (62,0%), dispepsia (31,5%), pirose (18,6%), exames de controle (14,0%), vômitos (8,7%) e hematêmese/melena (7,4%).

A anormalidade no exame radiológico foi indicação para o exame endoscópico em apenas 2,2% dos pacientes. Enterorragia, anemia, disfagia, odinofagia e alcoolismo representaram todos um percentual muito baixo para indicação ao exame endoscópico.

Os gráficos I a VI relacionam o diagnóstico endoscópico com a idade e o sexo dos pacientes. Alguns trazem ainda a localização das lesões.

GRÁFICO - I

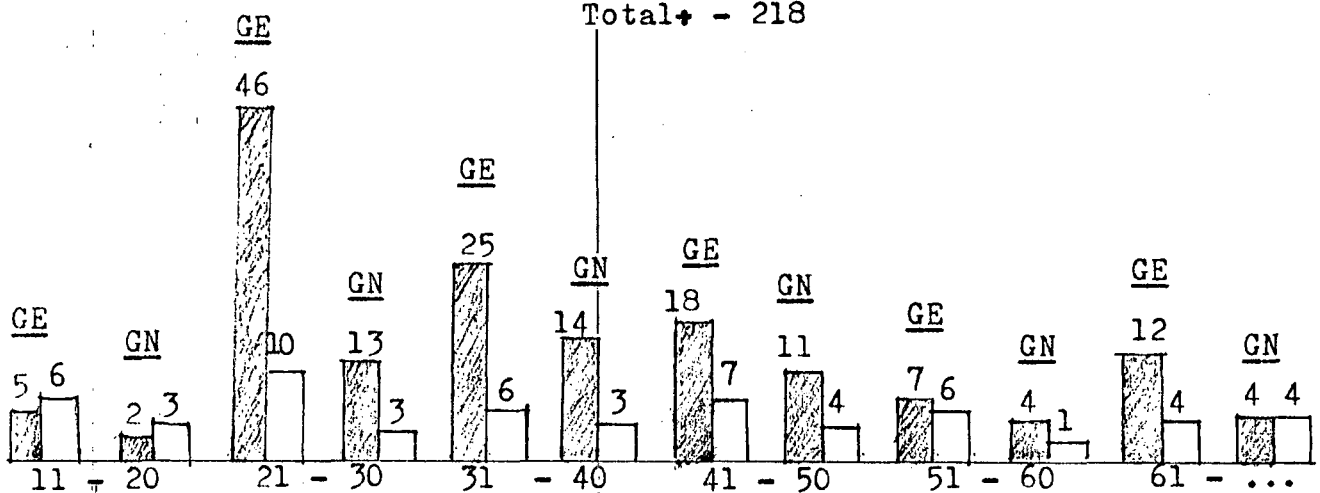
Gastrite erosiva (G.E.) - 152

Gastrite não-erosiva (G.N.) - 66

■ Masculino: 161 - 73,8%

□ Feminino : 57 - 26,2%

Total - 218



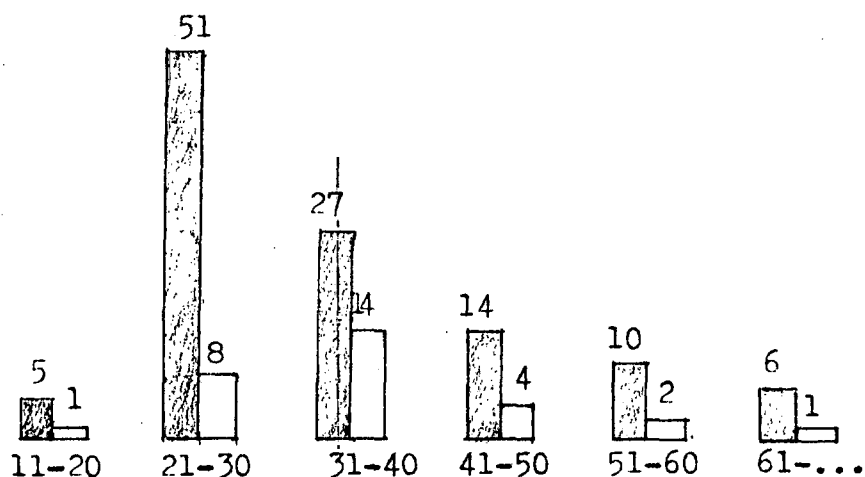
57% dos pacientes com gastrite erosiva e 50% daqueles com gastrite não-erosiva estão na faixa etária de 21 - 40 anos e mantêm nesta faixa etária uma relação masculino : feminino de 4 : 1.

G R Á F I C O - II

ÚLCERA DUODENAL

■ Masculino: 113 - 79% □ Feminino: 30 - 21%

T O T A L - 143



Localização:

Parede anterior - 56

Parede posterior - 19

Parede lateral direita - 29

Parede lateral esquerda - 29



Sem especificação - 10

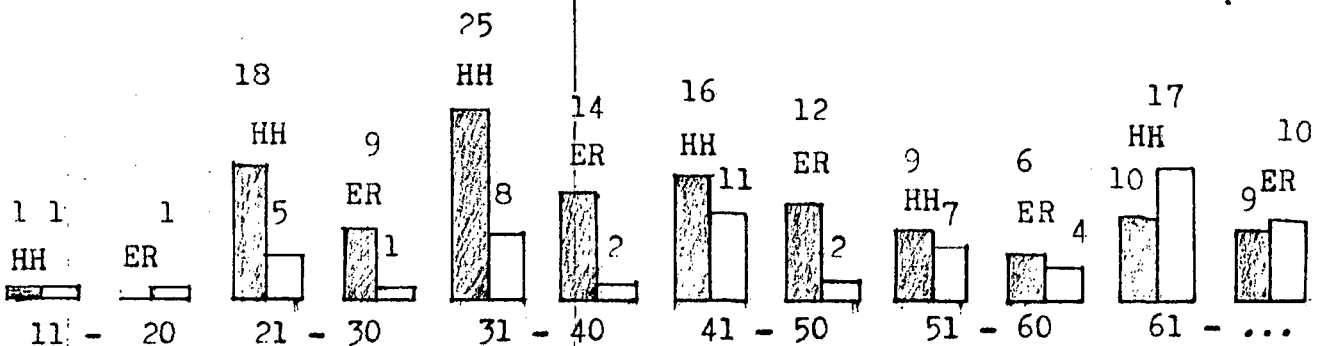
T O T A L - 143

70% dos pacientes com úlcera duodenal estão dentro da faixa etária de 21 - 40 anos de idade e a relação homens:mulheres é variável dentro das faixas etárias de 6:1 até 2:1. 39% das úlceras de bulbo duodenal estavam situadas na parede anterior. Em 40 (27,9%) exames se encontrou a úlcera duodenal em fase de cicatrização ou cicatrizada. Houve 9 (6,2%) úlceras duodenais duplas.

G R Á F I C O - III

Hérnia Hiatal (H.H.) - 128
 Esofagite de Refluxo(E.R.)- 70



Masculino: - 
 Feminino: - 

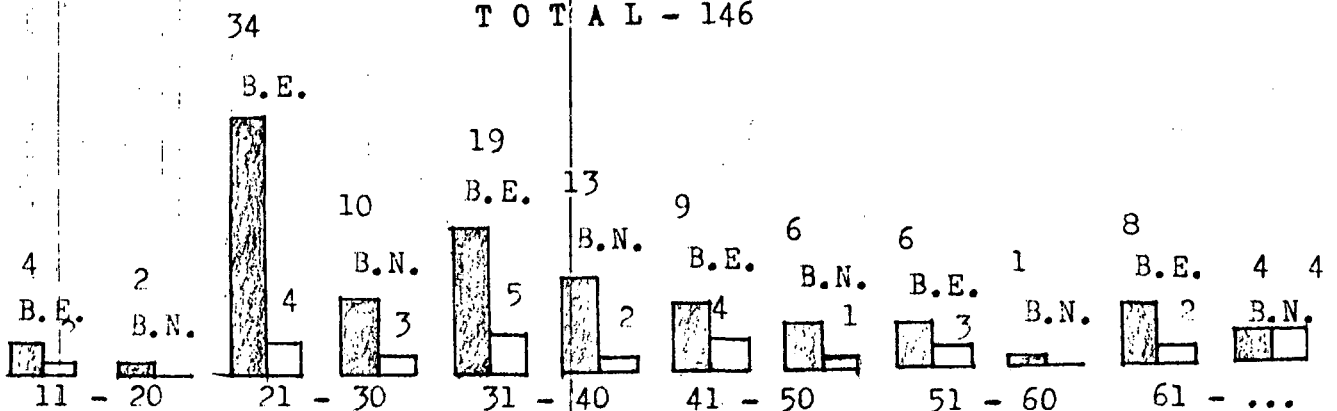


Dos 128 pacientes com hérnia de hiato, 55 (42,9%) apresentavam esofagite identificada endoscopicamente. Dos 70 pacientes com esofagite, 55 (78,5%) apresentavam hérnia de hiato. Houve 1 paciente com hérnia de hiato paraesofágica. Não houve predomínio de uma faixa etária de incidência/prevalência de hérnia de hiato. Nas faixas etárias de 21-30 anos e de 31-40 anos houve predomínio masculino numa relação de 3:1 em relação ao sexo feminino. A relação homens:mulheres é de aproximadamente 1:1 nas faixas etárias que se seguem. O mesmo ocorre com a distribuição do sexo por faixa etária em relação à esofagite de refluxo.

G R Á F I C O - IV

Bulboduodenite erosiva (B.E.) - 100
 Bulboduodenite não-erosiva (B.N.) - 46

 Masculino: 116 - 79,4%
 Feminino: 30 - 20,6%
 T O T A L - 146





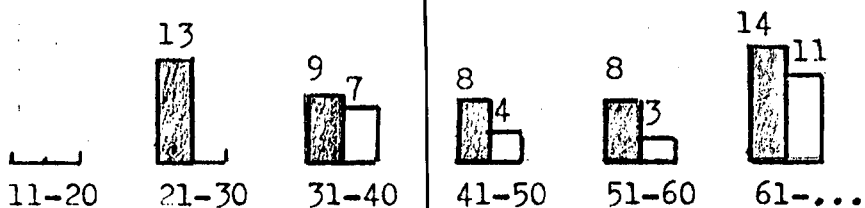
62% dos pacientes com bulboduodenite erosiva e 60,8% dos pacientes com bulboduodenite não-erosiva estão na faixa etária de 21-40 anos de idade; a predominância masculina é de 8:1 até 3,3:1 nesta faixa etária (média para todas as faixas etárias 4:1).

G R A F I C O - V

ÚLCERA GÁSTRICA

TOTAL - 77

	Homens	-	52	-	67,5%
	Mulheres	-	25	-	32,5%



Localização	Corpo	Antro	Incisura Angularis
Pequena curvatura	11	34	14
Grande Curvatura	1	1	
Parede anterior	0	4	
Parede posterior	3	1	

Em fundo gástrico - 1

Sem especificação da localização - 7

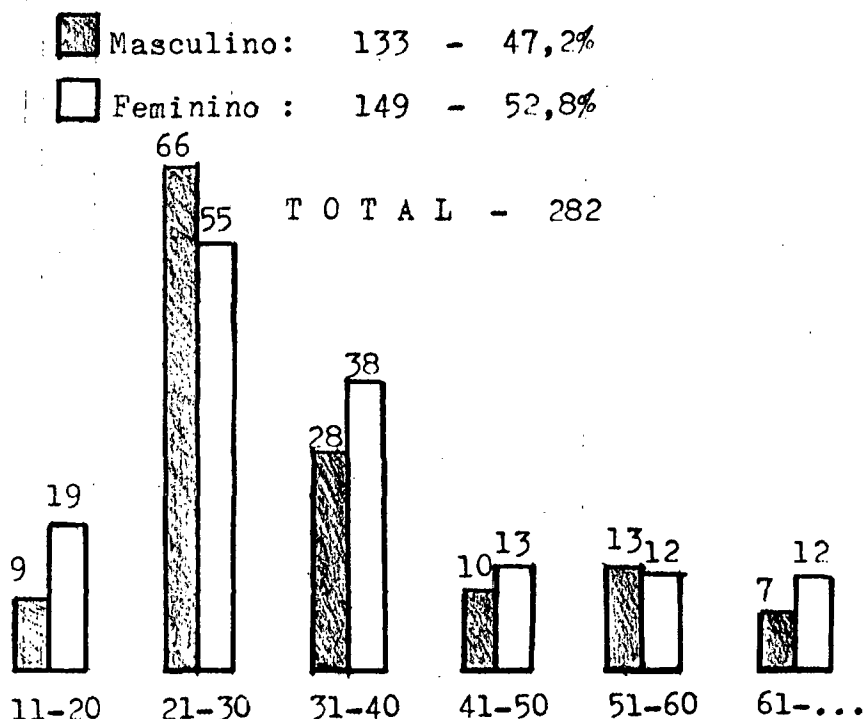
51,9% das úlceras gástricas se localizaram no antro gástrico, 19,4%, no corpo, 18,1% junto à incisura angularis. Apenas 1,3% se localizou no fundo gástrico. 19 (24,6%) exames mostraram úlceras gástricas cicatrizadas e/ou em fa-

se de cicatrização (principalmente aquelas em que não se especificou a localização). Houve 7 (9,0%) úlceras gástricas duplas.

Não houve predomínio de faixa etária e a relação homens:mulheres foi de 2:1.

G R Á F I C O - VI

PACIENTES COM EXAME SEM ALTERAÇÕES



66,3% dos pacientes com exame normal estavam dentro da faixa etária dos 21-40 anos e a relação entre o sexo masculino e o feminino foi de 1:1.

As idades dos pacientes com tumor de esôfago eram 16, 42, 61 e 81 anos. Eram 4 homens.

As idades dos pacientes com varizes de esôfago eram 20, 43, 52, 52, 69, 76 e 82 anos. A idade de um deles não se obteve. Eram 3 mulheres e 5 homens.

As idades dos pacientes com tumor gástrico eram 50, 54, 62, 77 e 83. Eram 2 mulheres e 3 homens.

A tabela II mostra a correlação entre achados radiológicos e de endoscopia, em pacientes que foram submetidos / primeiramente a um exame de seriografia.

TABELA II : Correlação entre os achados da seriografia esofagogastroduodenal e da endoscopia em 21 pacientes.

Diagnóstico da seriografia	Diagnóstico Concordante	endoscópico Discordante	Nº total de seriografias
Úlcera Gástrica	3	2	5
Câncer Gástrico	1	0	1
Úlcera Duodenal	4	3	7
Exame Normal	1	3	4
<u>Outros laudos:</u>			
Diminuição da elasticidade gástrica	1	0	1
Divertículo de transição faringoesofágica	0	1	1
Irregularidade de Antro	1	0	1
Sugestivo de duodenite	1	0	1
T O T A L	12	9	21

Os exames endoscópicos discordantes com o laudo radiológico de úlcera gástrica mostraram normalidade nos 2 casos; naqueles 3 casos com o diagnóstico radiológico de úlcera duodenal o achado endoscópico foi de úlcera de canal pilórico - uma vez, bulboduodenite não-erosiva - uma vez e exame normal - uma vez.

Três laudos de seriografia normais não corresponderam ao achado endoscópico que foi de hérnia hiatal - uma vez , úlcera gástrica pré-pilórica - uma vez e bulboduodenite erosiva - uma vez.

Um exame radiológico com laudo de divertículo faringoesofágico deixou de mostrar uma lesão esofágica que através de biópsia foi diagnosticada como carcinoma de junção esôfago-gástrica.

Aos diagnósticos seriográficos inespecíficos de irregularidade do antro gástrico e diminuição da elasticidade gástrica

corresponderam um exame endoscópico confirmatório e com biópsia normal, no segundo caso, e uma úlcera gástrica pré-pilórica dupla, no primeiro.

Segundo a tabela, houve 68,7% de concordância entre o achado radiológico positivo para doença de estômago e duodeno e a lesão endoscopicamente avaliada.

A tabela III mostra a correlação entre o achado endoscópico e o resultado da biópsia em apenas 23 pacientes (pacientes acompanhados pelos próprios gastroenterologistas que realizavam os exames endoscópicos).

TABELA III: Correlação entre o achado endoscópico e o resultado do exame histopatológico em 23 pacientes

Achado endoscópico	Histopatologia (nº)	Nº de exames
Esofagite	Mucosa normal (1)	1
Tumor do esôfago	Carcinoma de células escamosas (3)	3
Úlcera gástrica	Gastrite crônica (6)	17
	Gastrite crônica reagudizada (10)	
	Gastrite crônica atrófica (1)	
Tumor gástrico	Adenocarcinoma de estômago (2)	2
T O T A L		23

Houve 6 outros diagnósticos histopatológicos de gastrite crônica: 3 em pacientes com exames endoscópicos normais, 1 em paciente com lesão polipóide tipo vulcão, 1 em paciente com gastrite alcalina e 1 em paciente com lesões hipocrômicas de corpo gástrico.

Houve 1(um) diagnóstico histopatológico de processo inflamatório agudo em mucosa anastomótica em paciente com pólipos de boca anastomótica à endoscopia e 1(um) diagnóstico de mucosa gástrica normal em paciente com diminuição da elasticidade de corpo e fundo gástrico. Não se obteve o resultado do exame histopatológico em 26 pacientes externos. Estes resultados eram enviados diretamente aos médicos solicitantes. Correspondiam aos seguintes achados endoscópicos: esofagite (2), lesão esofági-

ca a esclarecer (1), úlcera gástrica - incluindo úlcera de boca anastomótica (16), tumor gástrico (2), pólipos gástricos (3), gastrite a esclarecer (1), lesão gástrica a esclarecer (1).

Não foi possível a realização da biópsia no momento dos exames considerados neste trabalho de um paciente com tumor esofágico (pelo sangramento vivo) e de outro com tumor gástrico (pela invasão de junção esôfago-gástrica e incapacidade de prosseguir à passagem do aparelho).

Naqueles 31 pacientes com o laudo histopatológico disponível à avaliação, houve 87% (27 exames) de concordância deste com achado endoscópico.

o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

DISCUSSÃO

A endoscopia é, hoje, o exame de investigação para sintomas relativos ao aparelho digestivo alto primeiramente indicado (6). E destes, o mais comum é a epigastria, seguida pela dispepsia, cujo elemento básico é o desconforto abdominal. Notamos que as duas queixas são extremamente / prevalentes e comuns às lesões ulcerosas, erosivas e não-erosivas de estômago e duodeno. (Isto concorda com a afirmação de Tsega (18) de que quando a apresentação clínica é a dispepsia, os achados endoscópicos são imprevisíveis.) A hemorragia gastrintestinal alta teve importância como indicação exame endoscópico nos pacientes com esofagite (em 33,3% daqueles sem hérnia hiatal), varizes de esôfago (40% deles), úlcera gástrica (19,3%) e úlcera duodenal (17,7%).

A disfagia como indicação ao exame endoscópico teve uma alta correlação com o achado endoscópico de tumor esofágico (presente em 75% dos pacientes) e nenhuma importância em relação aos outros diagnósticos endoscópicos.

A pirose foi a 2a. queixa mais frequente (depois / da epigastria) nos pacientes cujo achado endoscópico foi de hérnia hiatal, porém não houve alta correlação uma vez / que era queixa frequente nos pacientes com gastrite erosiva e não-erosiva, bulboduodenite erosiva e naqueles sem alterações.

O exame endoscópico de controle foi realizado em / 33,8% dos pacientes com úlcera gástrica, em 37,5% daqueles com úlcera duodenal (foi a indicação mais frequente depois da epigastria nos pacientes com úlcera péptica) e em 40% dos pacientes com varizes de esôfago. J. Malmaeus (13) afirma que o seguimento endoscópico do paciente com úlcera gástrica é mandatório. Duas são as razões: estes pacientes são considerados um grupo de risco em que o câncer gástrico precoce poderia ser detectado e a segunda razão é a dificuldade em diferenciar uma ulceração benigna de uma maligna.

As úlceras cicatrizadas e/ou em fase de cicatrização corresponderam ao achado endoscópico em 24,6% e 27,9% / respectivamente no estômago e duodeno.

Quanto aos achados endoscópicos o fato dos exames normais corresponderem a 25% dos exames realizados é aproximadamente concordante com 3 outras estatísticas (32%, 39% e 42,7%), as de Alban Muñoz (15), Tsega (18), Fisher (4).

Gastrite erosiva, úlcera duodenal e hérnia hiatal corresponderam, juntas, a 50% de todos os diagnósticos patológicos feitos. Estes achados concordam em parte com as três estatísticas levantadas. Fisher (4) em 304 pacientes encontrou como achado mais comum a hérnia de hiato ou esofagite ou ambos (19,4%), seguida de duodenite (14,1%), da úlcera duodenal (13,5%) e da gastrite (8,2%).

Tsega (18) em 1084 pacientes encontrou a gastrite crônica (36%) como o achado endoscópico mais comum, seguida da úlcera duodenal (12%) e das varizes de esôfago (4%). Apenas 1% de seus pacientes apresentavam hérnia hiatal. ??

Alban Muñoz (15) em 3.000 pacientes encontrou como / achados endoscópicos mais comuns: úlcera gástrica (11,6%), úlcera duodenal (10,4%), carcinoma gástrico (6,9%) e hérnia / hiatal (6,8%). Gastrite superficial foi o achado endoscópico em apenas 1,7% dos pacientes.

Na nossa casuística que abrangeu um período de 4 meses, tumor esofágico, tumor gástrico e varizes de esôfago foram diagnósticos pouco frequentes (0,35%, 0,44% e 0,69% respectivamente).

Tumor esofágico e tumor gástrico corresponderam à frequência de 0,7% e 0,3% na estatística de Fisher (varizes de esôfago não são citadas), a 1 e 3% na de Tsega (4% de varizes de esôfago), a 2,7 e 6,9% na de Alban Muñoz (0,7% de varizes de esôfago).

A gastrite erosiva foi o diagnóstico endoscópico mais comum e as erosões gástricas somente podem ser diagnosticadas pela endoscopia (4). Tanto esta quanto a forma não-erosiva e lesões inflamatórias erosiva e não-erosiva do duodeno - também a doença ulcerosa - apresentaram uma relação de incidência entre os sexos masculino e feminino de 4:1 até 2:1 (na úlcera gástrica).

A predominância masculina foi mais relevante na úlcera duodenal do que na úlcera gástrica (2,2:1 e 1,1:1), respectivamente), também num estudo da Dinamarca (5). 50%, no mínimo, dos pacientes com as lesões inflamatórias erosivas e não-erosivas de estômago e duodeno eram de adultos jovens (21-40 anos de idade) Esta taxa aumentava para 70% no caso da úlcera duodenal. Somente não houve esse predomínio quanto à úlcera gástrica que manteve uma relativa equivalência em sua incidência por faixa etária: 37,7% dos 21-40 anos, 29,9% dos 41-60 anos, 32,4% acima dos 60 anos. Estes resultados se aproximaram aos de: Hoffenberg (7) (20%, 40% e 40% para as mesmas faixas etárias respectivamente). Este foi o aspecto que diferiu bastante no caso das úlceras e a afirmação de Robbins (16) de que a prevalência das úlceras se eleva a partir de 20 anos para atingir o platô na idade de 50 anos correspondeu à realidade apenas para a úlcera gástrica. A úlcera duodenal apareceu como / uma doença de adultos jovens, basicamente.

Em quase todas as partes do mundo a morbidez da úlcera duodenal é relatada como sendo mais comum do que da úlcera gástrica; no Japão dá-se o contrário (5). No nosso estudo, a relação entre as úlceras duodenal e gástrica foi de 1,8:1.

Houve 6,2% de úlceras duodenais duplas e 9% de úlceras gástricas duplas, o que difere dos dados de Grossman(5) que / afirma que a maior percentagem para duplicidade de úlceras crônicas ocorre para a úlcera duodenal (20% contra 4% dos pacientes com úlcera gástrica). Já Hoffenberg (7) encontrou 19% de seus pacientes com úlceras gástricas duplas ou em maior número.

Quanto à localização, a parede anterior da primeira / porção do duodeno foi mais frequentemente atingida que a parede posterior e este fato é concordante com a literatura (16), embora Alban Muñoz (15) tenha encontrado similitude na incidência de localização em parede anterior e parede posterior.

51,9% das úlceras gástricas se localizaram no antro gástrico - além de 18,1% que estavam junto à incisura angularis. É taxa concordante com a literatura (16).

No total, 76,6% delas se localizaram na pequena curvatura (em corpo ou antro gástrico). Apenas 2,6% das úlceras gástricas benignas se situavam na grande curvatura do estômago / (até 14% para Robbins -(16).

O problema esofágico mais comumente diagnosticado através da endoscopia digestiva alta foi a hérnia hiatal em 128 / pacientes. Destes, 55 (42,9%) apresentavam esofagite macroscopicamente identificada. Houve 11 casos de esofagite ulcerada e 1 de úlcera de Barret. Esta taxa é concordante com Cronstedt (3) que encontrou esofagite em 47% de 145 pacientes com hérnia de hiato e está um pouco abaixo da de Alban Muñoz (15) que encontrou 65,4% de seus pacientes com hérnia hiatal com algum grau de inflamação esofágica. Do total de 70 pacientes com esofagite, 55 (78,5%) apresentavam hérnia de hiato. Esta taxa também concorda com a de Cronstedt (3): hérnia de hiato estava presente em 72% dos seus casos com esofagite.

Na nossa casuística não houve predominância de incidência da hérnia hiatal em determinada faixa etária, distribuindo-se uniformemente desde 21-30 anos até acima dos 61 anos de idade. O sexo masculino predominou em relação ao sexo feminino nas faixas etárias de 21-30 anos e de 31-40 anos numa relação de 3:1; nas faixas etárias que seguem há equivalência entre os sexos.

É largamente aceito que a endoscopia é mais precisa em definir lesões do esôfago, estômago e duodeno do que a seriografia esofagogastroduodenal; uma discussão que se sustenta é quanto ao grau de eficácia no diagnóstico de lesões pelo segundo procedimento.

Nosso trabalho encontrou 68,7% de concordância entre o achado radiológico positivo para doença de estômago e duodeno e a lesão endoscopicamente avaliada (16 exames). Apenas 21 (2,4%) dos 866 pacientes da série tinham um exame radiológico realizado previamente. Parece ser uma boa taxa de concordância para exames seriográficos simples, embora contraste com os 80-96% de acordo entre endoscopia e radiologia de alguns estudos comparativos (18) usando técnicas especiais (por exemplo, seriografia com duplo contraste).

Cotton, citado por Fisher (4), descobriu lesões de importância clínica, usando gastroscopia, em 32% dos pacientes nos quais exames baritados realizados dentro do período de 1 mês tinham sido registrados como normais. Cameron (2) descobriu lesões na gastroscopia de 21% de pacientes que tinham epigastralgia e seriografias negativas. A revisão das fichas mostrou que as úlceras gástricas descobertas somente na gastroscopia eram

geralmente pequenas, de 5 a 10 mm. aproximadamente, e eram rasas. A maioria das úlceras duodenais eram bulbares e os autores salientam a dificuldade da detecção na radiologia de uma úlcera ativa em um bulbo duodenal deformado por processo inflamatório cicatricial.

Morris (14) afirma que qualquer paciente para o qual um exame baritado é indicado tem uma igual senão maior necessidade de uma endoscopia gastrointestinal. Se nenhuma lesão é encontrada num exame baritado existe uma boa possibilidade de que seja encontrada no exame endoscópico (pelo menos 58% no seu estudo em que houve falha da radiologia em registrar 50% das úlceras crônicas - além de todas as erosões gástricas e duodenais).

Além de tudo, a capacidade de confirmar o diagnóstico pela biópsia, por escovados gástricos e lavados diretos localiza a endoscopia bem à frente da radiologia.

Hoffenberg (7) enfatiza que a cuidadosa observação endoscópica de uma lesão gástrica ulcerada confere ao exame um alto rendimento diagnóstico, que em sua série alcançou 99%, fundamentado em biopsias e no seguimento clínico e endoscópico dos casos estudados.

Kunzle (9), numa estatística brasileira, aumentando a abrangência no estudo da precisão diagnóstica da endoscopia para as lesões benignas e malignas de estômago, esôfago e duodeno, encontrou concordância em torno de 75% entre o diagnóstico endoscópico e o que chama de "diagnóstico real" (achado cirúrgico, estudo radiológico, exame histopatológico da biópsia endoscópica e da peça operatória analisados em conjunto). Malmaeus (13) realizou um total de 265 endoscopias em 120 pacientes com úlcera gástrica. 145 destas endoscopias foram de controle para úlceras primeiramente diagnosticadas como benignas. Nestes controles 4 carcinomas foram detectados, todos invasivos. Em todos os casos o endoscopista teve uma suspeita de malignidade na primeira endoscopia, embora não tenha sido verificado histologicamente.

Llanos (12) encontrou similitude na precisão diagnóstica da endoscopia sozinha em lesões malignas (86%) e benignas (89%) de estômago. Entretanto, a biópsia foi mais precisa em lesões benignas (99,1%) do que no câncer gástrico (86%). Malmaeus (13) enfatiza que a precisão diagnóstica da biópsia depende do

número de biópsias e de serem tiradas apropriadamente da borda interna e da base da úlcera. Em uma estatística chinesa (17), 208 casos apresentaram uma taxa positiva que se correlacionava altamente com o número de biópsias feitas, revelando 90% de precisão diagnóstica para 6 biópsias e 81% para 4.

Holdstock (8) afirma que maior capacidade de acesso à endoscopia não aumenta a taxa de diagnóstico de câncer gástrico precoce e nem melhora o prognóstico, quer dizer, na sua série o momento (em relação à duração dos sintomas) em que se fez o diagnóstico do câncer gástrico não teve importância prognóstica.

→ 1 Holdstock (na série vendida)
Na estatística chinesa de Shi (17), de todos os casos de câncer apenas 3% eram de câncer gástrico precoce. E compara este resultado com o registro europeu de Miller e Kaufman (6,2%) e o registro americano de Morrissey (2,3%). China, Europa e Estados Unidos têm, então, uma percentagem mais baixa de detecção do câncer gástrico precoce do que o Japão - Kawai demonstrou em um registro de 1971 que 1/3 de todos os cânceres gástricos em sua instituição eram de câncer gástrico precoce.

Na nossa série de 866 pacientes, 5 (0,4%) apresentaram câncer gástrico. 3 deles (60%) assim o foram considerados apenas pelo achado endoscópico pois nos faltaram os laudos histopatológicos em 2 deles e em 1 deles não se realizou biópsia durante o exame. Em Joinville, os endoscopistas deste serviço retiram 4 fragmentos de biópsia.

0-0-0-0-0-0-0-0-0

CONCLUSÕES

- Em 866 pacientes, 3 diagnósticos representaram 50% de todos os diagnósticos patológicos feitos e foram: gastrite erosiva, úlcera duodenal e hérnia hiatal. Considerando os diagnósticos que vêm em seguida em frequência: bulbodudenite erosiva e úlcera gástrica, tivemos 70% de todos os diagnósticos feitos na esofagogastroduodenoscopia.

- As indicações para o exame endoscópico em Joinville(SC) são basicamente clínicas, a epigastralgia aparecendo em 62% de todos os pacientes e a dispepsia em 31,5%. Não são queixas que apresentem alta correlação com a presença de algum achado endoscópico particular.

- Os exames endoscópicos de controle respondem pela segunda indicação mais frequente em pacientes com úlcera péptica crônica.

- Houve predominância do sexo masculino sobre o feminino em relações de 4:1 até 2:1 nas doenças inflamatórias pépticas (erosivas e não-erosivas) e na doença ulcerosa crônica de estômago e duodeno.

- De 50 a 70% dos pacientes com doenças inflamatórias erosivas e não-erosivas de estômago e duodeno e com úlcera duodenal estavam compreendidos na faixa etária de 21-40 anos de idade - adultos jovens.

Esta faixa etária abrangeu, na verdade, a maioria dos 866 pacientes da série (52,8%).

- Úlcera gástrica apresentou uma distribuição por faixa etária equitativa, o que é concordante com a literatura.

- Houve baixa incidência de tumor esofágico, gástrico e de varizes de esôfago na nossa série.

✗ Houve uma boa correlação (68,7%) entre os achados radiológicos positivos para doença de estômago e duodeno e endoscópicos quando uma seriografia preliminar com técnica simples foi realizada. → 77%

- Naqueles pacientes com o laudo histopatológico disponível à avaliação houve 87% de concordância deste com o achado endoscópico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDERSEN, H.A., et al. Current status of esophagoscopy. Otolaryngol. Clin. North Am. 11(2): 391-404, 1978.
2. CAMERON, A. J., et al. The value of gastroscopy in clinical diagnosis a computer-assisted study. Mayo Clin. Proc. 52(12): 806-8, 1977.
3. CRONSTEDT, J., et al. Oesophageal disease revealed by endoscopy in 1000 patients referred primarily for gastroscopy. Acta Med. Scand. 204(5): 413-6, 1978.
4. FISHER, J. A., et al. Upper gastrointestinal endoscopy- a GP service. Br. Med. J. 2(6096): 1199-1201, 1977.
5. GROSSMAN, M. I. Úlcera péptica. Em Wyngaarden, J.B. e Smith, L.H. Cecil Tratado de Medicina Interna. 16a. ed. Interamericana, Rio de Janeiro, 1984.
6. HEALTH AND PUBLIC POLICY COMMITTEE, AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Endoscopy in the evaluation of dyspepsia. Ann. Intern. Med. 102(2): 266-9, 1985.
7. HOFFENBERG, P., et al. Algunos aspectos endoscopicos de la ulcera gastrica. Rev.Med.Chil. 111(6): 579-83, 1983.
8. HOLDSTOCK, G., et al. Endoscopy and gastric cancer. Gut 22(8): 673-6, 1981.
9. KUNZLE, J. E., et al. Precisão diagnóstica em esofagogas troduodenoscopia. Rev. Paul. Med. 96(1-2): 24-8, 1980.
10. LEIMAN, G., et al. Diagnosis of upper gastro-intestinal lesions by endoscopy, cytology and biopsy. S.Afr.Med. J. 55(16): 619-23, 1979.

11. LIGHTDALE, C. J. Endoscopy in premalignant conditions of the esophagus. *Gastrointest. Endosc.* 30(5): 308-10, 1984.
12. LLANOS, O., et al. Accuracy of the first endoscopic procedure in the differential diagnosis of gastric lesions. *Ann. Surg.* 195(2): 224-6, 1982.
13. MALMAEUS, J., et al. Endoscopy in the management of gastric ulcer disease. *Acta Chir. Scand.* 147(7): 551-3, 1981.
14. MORRIS, E. A comparison between upper gastro-intestinal endoscopy and barium meal examination in private practice. *S. Afr. Med. J.* 57(21): 870-2, 1980.
15. MUÑOZ, V. A. Experiencia con 3000 endoscopias del tracto digestivo superior. *GEN* 30(3-4): 189-200, 1976.
16. ROBBINS, S. L. e COTRAN, R.S. Trato gastrintestinal. Em Robbins, S.L. e Cotran, R.S. *Patologia Estrutural e Funcional*. 2a. ed., Interamericana, Rio de Janeiro, 1983.
17. SHI, Z. R., et al. Endoscopic diagnosis of gastric cancer: an analysis of 872 cases in China. *Gastrointest. Endosc.* 31(3): 191-5, 1985.
18. TSEGA, E. Analysis of fiberoptic gastroduodenoscopy in 1084 Ethiopians. *Trop. Geogr. Med.* 33(2): 149-54, 1981.

o-o-o-o-o-o-o-o-o-o

DOCUMENTAÇÃO - GASTROCLÍNICA

A

Indicação & Anamnese

- ☐ A₁ - Diagnóstico diferencial entre Lesão Benigna ou Maligna
- ☐ A₂ - Anormalidade no Exame Radiológico
- ☐ A₃ - Hematêmese - Melena
- ☐ A₄ - Enterorragia
- ☐ A₅ - Anemia
- ☐ A₆ - Disfagia

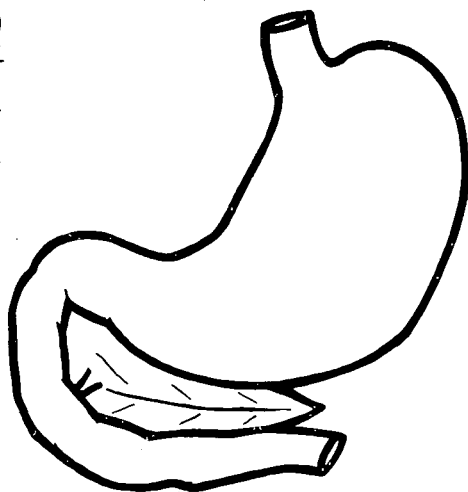
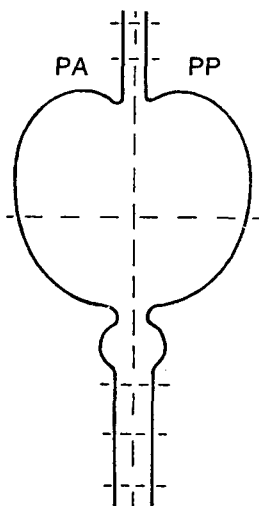
- ☐ A₇ - Pirose
- ☐ A₈ - Odinofagia
- ☐ A₉ - Vômitos
- ☐ A₁₀ - Dispepsia
- ☐ A₁₁ - Epigastralgia
- ☐ A₁₂ - Alcoolismo

- ☐ A₁₃ - Injeta de Drogas
- ☐ A₁₄ - Fumo
- ☐ A₁₅ -
- ☐ A₁₆ -
- ☐ A₁₇ -
- ☐ A₁₈ -

B

Resultado Esofagogastroduodenoscopia

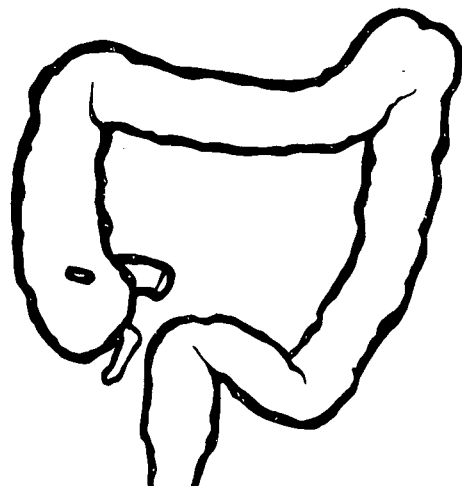
- ☐ B₁ - Estenose Esôfago
- ☐ B₂ - Tumor Esôfago
- ☐ B₃ - Esofagite
- ☐ B₄ - Hernia Hiatal
- ☐ B₅ - Varizes Esôfago
- ☐ B₆ -
- ☐ B₇ - Úlcera Gástrica
- ☐ B₈ - Gastrite Erosiva
- ☐ B₉ - Gastrite não Erosiva
- ☐ B₁₀ - Tumor Gastrico
- ☐ B₁₁ -
- ☐ B₁₂ - Úlcera Duodenal
- ☐ B₁₃ - Bulboduodenite Erosiva
- ☐ B₁₄ - Bulboduodenite não Erosiva
- ☐ B₁₅ -



C

Resultado Colonoscopia ou Retossigmoidoscopia

- ☐ C₁ - Fissura
- ☐ C₂ - Fistula
- ☐ C₃ - Hemorróida
- ☐ C₄ -
- ☐ C₅ - Tumor
- ☐ C₆ - Pólipo
- ☐ C₇ - Polipose
- ☐ C₈ - Colite Ulcerativa
- ☐ C₉ - Colite Inespecífica
- ☐ C₁₀ - D. de Crohn
- ☐ C₁₁ - Colite Actínica
- ☐ C₁₂ - Colite Isquêmica
- ☐ C₁₃ - Divertículos
- ☐ C₁₄ - Mal Formação Vascular
- ☐ C₁₅ - Estenose
- ☐ C₁₆ -
- ☐ C₁₇ -



Biópsia ☐ Sim
☐ Não

Resultado:

**TCC
UFSC
CM
0184**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0184
Autor: Gomes, Rossano Mar
Título: Endoscopia digestiva alta : est



972811756

Ac. 253375

Ex.1 UFSC BSCCSM